



WELL CHILD EXAM - EARLY CHILDHOOD: 3 YEARS
(Meets EPSDT Guidelines)

DATE

បច្ចុប្បន្នរៀងយោះ អាយុ 3 ឆ្នាំ

<p style="writing-mode: vertical-rl; transform: rotate(180deg);">ព័ត៌មានបង្កើតកម្មការ</p>	ឈ្មោះរបស់កូម្មាធា		ថ្ងៃខែឆ្នាំណែនកាត់	
	ប្រព័ន្ធកម្ពស់ទៅលើ		ចំណាំបង្កើតកម្មការ	
	ឯកសារ/ឯកសារអាណាពាណ/ការបារម្ភតាមព័ត៌មានដូចតិចនូវក្នុងក្រុមសុខភាពចួនក្រោយ			
	<p style="text-align: center;">ធាន ទេ</p> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ក្នុងរបស់ខ្លួនការប្រើប្រាស់មួយ ។ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ក្នុងរបស់ខ្លួនឈ្មោះ អាយុ និងភេទរបស់វា ។ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ត្រូវសារបែលខ្លួនឱ្យបានក្នុងក្រុមសុខភាពចួនក្រោយ ។		<p style="text-align: center;">ធាន ទេ</p> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ក្នុងរបស់ខ្លួនរាយការប្រើប្រាស់ដែលពីរដោយដើម្បីជីវិត ។ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ក្នុងរបស់ខ្លួននៅមុខរបាយប៉ះស្តីរីតកាប់ពេល ។ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ខ្លួនគារបារម្ភដែលបានក្នុងក្រុមសុខភាពចួនក្រោយ ។	
	WEIGHT KG./OZ. PERCENTILE	HEIGHT CM/IN. PERCENTILE	BLOOD PRESSURE	Diet _____
	<input type="checkbox"/> Review of systems <input type="checkbox"/> Review of family history		Elimination _____	
	<p>Screening:</p> <p>Hearing Screen</p> <p>4000 _____</p> <p>2000 _____</p> <p>1000 _____</p> <p>500 _____</p> <p>Vision Screen</p> <p>20/ _____ 20/ _____</p>		<p>Sleep _____</p> <p><input type="checkbox"/> Hct/Hgb <input type="checkbox"/> Dental Referral <input type="checkbox"/> Tb <input type="checkbox"/> Lead Exposure</p> <p><input type="checkbox"/> Fluoride Supplements <input type="checkbox"/> Fluoride Varnish</p> <p><input type="checkbox"/> Review Immunization Record</p> <p>Health Education: (Check all completed)</p> <p><input type="checkbox"/> Nutrition <input type="checkbox"/> Child Care <input type="checkbox"/> Development</p> <p><input type="checkbox"/> Regular Physical Activities <input type="checkbox"/> Car Seat or Booster Seat</p> <p><input type="checkbox"/> Safety <input type="checkbox"/> Discipline/Limits <input type="checkbox"/> Toilet Training</p> <p><input type="checkbox"/> Passive Smoking <input type="checkbox"/> Limit TV <input type="checkbox"/> Friendship/Siblings</p> <p><input type="checkbox"/> Other _____</p>	
	<p>Development</p> <p>Behavior</p> <p>Social/Emotional</p> <p>Gross Motor</p> <p>Fine Motor</p> <p>Communication</p>		<p>N A</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> _____</p>	
	<p>Physical:</p> <p>General appearance</p> <p>Skin</p> <p>Head</p> <p>Eyes</p> <p>Ears</p> <p>Nose</p> <p>Oropharynx/Teeth</p> <p>Neck</p> <p>Nodes</p> <p>Mental Health</p>		<p>N A</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Chest</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Lungs</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Cardiovascular/Pulses</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Abdomen</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Genitalia</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Spine</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Extremities</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Neurological</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Gait</p>	
	<p>Describe abnormal findings:</p> <p>_____</p>			
IMMUNIZATIONS GIVEN				
REFERRALS				
NEXT VISIT: 4 YEARS OF AGE		HEALTH PROVIDER NAME		
HEALTH PROVIDER SIGNATURE		HEALTH PROVIDER ADDRESS		

DSHS 13-684B CA (REV. 08/2001)

SEE DICTATION

DISTRIBUTION: White - Physician Yellow - Parent/Guardian

EARLY CHILDHOOD: 3 YEARS

Guidance to Physicians and Nurse Practitioners for Early Childhood (3 years)

The following highlight EPSDT screens where practitioners often have questions. They are not comprehensive guidelines.

Fluoride Screen

Check with local health department for fluoride concentration in local water supply, then use clinical judgment in screening. Look for white spots or decay on teeth. Check for history of decay in family.

Tuberculosis Screen

Screen for these risk factors:

- Members of household with tuberculosis or in close contact with those who have the disease.
- In close contact with recent immigrants or refugees from countries in which tuberculosis is common (e.g., Asia, Africa, Central and South America, Pacific Islands); migrant workers; residents of correctional institutions or homeless shelters or persons with certain underlying medical disorders.

Hepatitis B Vaccine

- For children and adolescents not vaccinated against hepatitis B in infancy, begin the hepatitis B vaccine series during any childhood visit. Give the second dose at least one month after the first dose and give the third dose at least four months after the first dose and at least two months after the second dose.

Developmental Milestones

Always ask parents if they have concerns about development or behavior. You may use the following screening list, or use the Ages and Stages Questionnaire, the Denver II, the ELMS2 (a language screen), or the MacArthur Communications Development Inventory.

Yes No

- | | | |
|--|--------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Washes and dries hands. |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Imitates vertical line. |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <u>Says what to do when tired, cold, hungry.</u> |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <u>Names 4 animals pictures (e.g., cat, dog, bird, horse).</u> |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Identifies 2 animals pictures: "Which flies? Meows? Barks? Gallops? |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <u>Throws ball overhand.</u> |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <u>Pedals tricycle.</u> |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Says "no!" often. |
| <div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/> Persistent echolalia (repeating what was just said).
<input type="checkbox"/><input type="checkbox"/> Inappropriate play with toys/no pretend play.</div> | | |

Instructions for developmental milestones: At least 90% of children should achieve the underlined milestones by this age. If you have checked "no" on **even one** of the underlined items, or if you have checked one of the **boxed items** (abnormal behavior at this age), refer the child for a formal developmental assessment.

Notes: Immunization schedules are from the Advisory Committee on Immunization Practice of the U.S. Centers for Disease Control and Prevention. **Parents and providers may call Healthy Mothers, Healthy Babies with questions or concerns on childhood development.**



ការពិនិត្យដើម្បីក្នុងសុខភាពក្នុងឈ្មោះ - បច្ចុប្បន្នរ៉ែយេះ អាយុ 3 ឆ្នាំ

WELL CHILD EXAM - EARLY CHILDHOOD: 3 YEARS

(ត្រូវរោចតាមគោលការណ៍ EPSDT)

ថ្ងៃទី

បច្ចុប្បន្នរ៉ែយេះ អាយុ 3 ឆ្នាំ

ជំនួយ ដែលបានដាក់ជាអ្នកជំងឺ	ឈ្មោះរបស់ក្នុង		ថ្ងៃខែឆ្នាំណែនាំដាក់
	ប្រធិកម្មនានា		ថ្ងៃខែឆ្នាំណែនាំដាក់
	ឈ្មោះ/ឈ្មោះម្នាក់/បញ្ជាក់/ការបានម្នាក់ដែលផ្តល់ប្រព័ន្ធឌីជីថតសុខភាពមុនពុករាយ		
	បាន ទេ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ក្នុងបាលស់ខ្លួនអាហាររួចរាល់មួយ ។ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ក្នុងបាលស់ខ្លួនឈ្មោះ អាយុ និងភេទរៀលសំរាប់រាយ ។ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ត្រូវសារបាលស់ខ្លួនឈ្មោះពីភាគស្រួលយោបល់ស្រួលរៀលរាយ ។	បាន ទេ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ក្នុងបាលស់ខ្លួនអាហាររួចរាល់ចុះដែលពិរដាយដើរដារ ។ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ក្នុងបាលស់ខ្លួននៅម៉ោងដោយបានបង្ហាញដើរដារ ។ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ខ្ញុំមានការបានអ្នកជំងឺដែលបានដាក់បាន ។	
ទម្រង់-គិត្យុ/ឃាយុ ភាគចម្លោះ	កំណត់-សង្ឃឹមឱ្យប្រើ/អនុវត្ត ភាគចម្លោះ	សម្រាប់ឈាម	ចំណិតអាហារ _____
<input type="checkbox"/> ពិនិត្យមិនបាន ឬ <input type="checkbox"/> ពិនិត្យមិនបាន រួចរាល់ត្រូវសារ		ការបំពាត់ចោល _____	
ការពិនិត្យនីសទូទៅ	MHZ	ខាងស្តាំ	ខាងមួយ
ការពិនិត្យនីស	4000	_____	_____
ផ្ទៃសំណាក់ស្រួល	2000	_____	_____
	1000	_____	_____
	500	_____	_____
ការពិនិត្យនីស	20/	20/	
ផ្ទៃកម្រិតស្រួល	N	A	
ការពិនិត្យកម្រិតបាន	_____	_____	
ចិត្តយាមាយាន	_____	_____	
សិនិមិ/ទីកច្ចុះ	_____	_____	
ទុកដឹកដ្ឋីលានទានា	_____	_____	
ទុកដឹកដ្ឋីលានទានា	_____	_____	
ការិយាយតាក់ដី	_____	_____	
រាយការការិយាយ	N	A	
រុបរាយទេរាយ	_____	_____	ដើម្បីរួម
សិស្សក	_____	_____	សិស្ស
ក្នុង	_____	_____	ចំណេះដែល
ផ្ទុក	_____	_____	ការបំពាត់ចោល
ច្រូល:	_____	_____	ការបំពាត់ចោល
បំពាត់ក/ឃើញ	_____	_____	ការបំពាត់ចោល
ក	_____	_____	ការបំពាត់ចោល
ខ្មៅ (ឯុទ្ធផល)	_____	_____	ការបំពាត់ចោល
សុខភាពសតិភករូបី	_____	_____	ការបំពាត់ចោល
ចុរាយបរាប់អង្គភាពការរកឈើរួម ឬលើខុសពិនិត្យគារ			ខ្លួនឈ្មោះរបស់ពិនិត្យនេះដែលបានបង្ហាញ
ការពិនិត្យមិនបានបាន ឬ <input type="checkbox"/> មាយុ 4 ឆ្នាំ		ឈ្មោះរបស់ពិនិត្យនេះដែលបានបង្ហាញ	
ហត្ថលេខាបែកពិនិត្យនេះដែលផ្តល់តាមសុខភាព		ឈ្មោះរបស់ពិនិត្យនេះដែលបានបង្ហាញ	

